

**DDA报名审定申请表**

**Request for DDA Enrollment Determination**

**For Office Use Only (仅限公务使用)**

Initial  Reapplication

DDA Number:

<b>申请人信息</b>			
名字	中间名缩写	姓氏	出生日期
性别 <input type="checkbox"/> 女性 <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 非二元性别 <input type="checkbox"/> 不想说 <input type="checkbox"/> 未报告/未知	婚姻状况 <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 分居 <input type="checkbox"/> 离异 <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 分居 <input type="checkbox"/> 未婚同居 <input type="checkbox"/> 丧偶	部落登记	
		社保号	
		最高教育水平或类型	
申请人在交流沟通方面的需求			
是否需要口译员: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		是否说英语: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 有限	
翻译文件: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		是否可以理解英语: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 有限	
主要书写语言:		主要口头语言:	
民族代码 (请勾选所有适用选项)			西班牙裔
<input type="checkbox"/> 美洲或阿拉斯加原住民	<input type="checkbox"/> 黑人或非裔美国人	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
<input type="checkbox"/> 白人 <input type="checkbox"/> 亚洲人	<input type="checkbox"/> 夏威夷/其他太平洋岛国原住民		
<input type="checkbox"/> 未上报的民族			
联邦医疗保险 <input type="checkbox"/> 是; 类型: <input type="checkbox"/> 否 其它保险:	申请人的日常家庭情况		
	<input type="checkbox"/> 成人许可机构	<input type="checkbox"/> 无家可归	
	<input type="checkbox"/> 亲属的家	<input type="checkbox"/> 儿童寄养家庭	
	<input type="checkbox"/> 普通医院	<input type="checkbox"/> 自己的家	
	<input type="checkbox"/> 劳教所/监狱	<input type="checkbox"/> 精神病医院	
	<input type="checkbox"/> 伴侣的家	<input type="checkbox"/> 养护院	
	<input type="checkbox"/> 其他, 请说明:		
街道地址	城市	州	邮政编码
			居住地所在郡
邮寄地址 (若与住址不同, 则需填写) 城市			州
			邮政编码
			华盛顿州是军人之家: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
主要电话号码 ( ) -	<input type="checkbox"/> 手机 <input type="checkbox"/> 家庭 <input type="checkbox"/> 工作 <input type="checkbox"/> 留言	其他电话号码 ( ) -	<input type="checkbox"/> 手机 <input type="checkbox"/> 家庭 <input type="checkbox"/> 工作 <input type="checkbox"/> 留言
电子邮件地址			
列出加入的学区和日期			
告诉我们您的申请理由			

发育性障碍和首次发现时的年龄			
首次诊断时的年龄：			
<input type="checkbox"/> 孤独症	<input type="checkbox"/> 癫痫	<input type="checkbox"/> 脑麻痹	
<input type="checkbox"/> 智障	<input type="checkbox"/> 染色体疾病	<input type="checkbox"/> 神经疾病	
<input type="checkbox"/> 发育迟缓			
残疾认定服务申请			
申请人去年是否申请过社保残疾福利、补充保障收入或DSHS非资助医疗补助？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
<b>代表的相关信息</b>			
名字	中间名缩写	姓氏	主要语言
邮寄地址（若与住址不同，则需填写）			城市 州 邮政编码
			口译员： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 是否需要翻译： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
主要电话号码 ( ) -	<input type="checkbox"/> 手机	<input type="checkbox"/> 家庭	其他电话号码 ( ) -
	<input type="checkbox"/> 工作	<input type="checkbox"/> 留言	<input type="checkbox"/> 手机 <input type="checkbox"/> 家庭 <input type="checkbox"/> 工作 <input type="checkbox"/> 留言
电子邮件地址			
关系类型和角色	法定关系（请随附证明）		与申请人居住在一起 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
其他代表的姓名/角色/电子邮箱			
其他代表的姓名/角色/电子邮箱			
<b>签名</b>			
成年申请人签名			日期
家长或法定代表签名	日期	法定关系	

## DDA报名审定申请表说明

**所需附件的列表：**缺少所需附件，申请概不受理。

全部内容均已完整填写并有签名的申请书。

经签署的HIPAA表格（保护隐私权通知书）。

已经签署的保密信息交换同意书 - 包括所有联系人的电话号码。年满13周岁的申请人必须签字。

如果有法定代表，则提供监护权文件或其他显示权限的法院文件的副本。

**申请人信息：**申请人是申请进行DDA报名审定的个人。

**申请人姓名：**输入申请人的法定姓名。切勿输入昵称。

**出生日期：**输入申请人的生日，列出月、日和年。

**性别：**选择最合适的答案或“未知/未上报”（如果申请人不愿回答此问题）。

**申请人的婚姻状况：**指出申请人目前的婚姻状况。

**交流沟通：**指出申请人的交流沟通方法。如果申请人要求口译员或书面信函翻译，请勾选此框表示“是”。指出申请人是否说英语、理解英语，或是英语水平有限。填写申请人的主要口头和书面语言或交流沟通方式，包括美国手语(ASL)或其他肢体语言，盲文或申请人是否使用TDD或其他沟通设备。

**部落登记：**填写申请人的部落登记信息（如有）。否则，填写“N/A”

**社保号：**填写申请人的社保号（如有）。

**教育：**填写申请人取得的最高教育水平或类型。

**民族代码：**指出最能准确描述申请人民族的答案。**西班牙裔：**如果申请人是西班牙裔，指出“是”。

**是否有联邦医疗保险 (Medicare)：**如果申请人有联邦医疗保险，指出“是”。填写联邦医疗保险的类型：A, B, C, D。

**其它保险：**输入任何其它（政府或私人）医疗保险计划的名称（如有）。

**申请人的日常家庭情况：**勾选最能准确描述申请人目前住房安排的框。

**联系信息：**填写申请人目前的住址、邮寄地址和电话号码。

**学区：**填写申请人加入的学区 – 包括各个学区的电话号码。如果您想要我们申请记录，则还必须在同意书上列出学区。

**申请原因：**填写申请的原因并列出现申请人或申请人的家庭感兴趣的服务。

**发育性障碍：**指出针对申请人的一项或多项疾病诊断，以及申请人被首次诊断时的年龄。如想告诉我们更多，请尽管再使用一张纸。

**残疾申请：**指出申请人去年是否已申请了残疾认定。这可以是社保残疾福利、补充保障收入或非资助医疗补助。这些信息可协助我们找到记录。

**代表的相关信息：**当我们无法联系到申请人时，可以联系申请人或提供联系信息的个人的姓名和联系信息。**主要语言：**列出语言并指出是否需要口译/翻译。

**关系类型/角色：**填写代表如何认识申请人或代表与申请人的关系。

**法定代表：**填写法定关系（如有）。法定代表是拥有法定决策权的未满18周岁的儿童或青少年的父母；个人的法定监护人；个人的有限监护人（当次有限监护人具有健康护理决定权时）；个人的律师；个人的代表（获得健康护理决定授权且持有委托书的个人）；或者法律授权代表相关个人采取行动的任何其他个人。申请中必须包含法定关系的证明。

**申请人和/或法定代表签字：**若申请人未满18周岁，该申请人的父母或法定代表必须签名并在申请表上填写日期。若申请人年满18周岁，申请人本人或其法定代表必须签名并在申请表上填写日期。

**请将申请表和所需附件寄回以下相应的办公室。**

**区域1总部（服务区县：Adams、Asotin、Benton、Chelan、Columbia、Douglas、Ferry、Franklin、Garfield、Grant、Kittitas、Klickitat、Lincoln、Okanogan、Pend Oreille、Spokane、Stevens、Walla Walla、Whitman、Yakima）**  
1611 W Indiana Ave  
Spokane, WA 99205-4221  
免费电话：1-800-462-0624

**区域2总部（服务区县：Island、King、San Juan、Skagit、Snohomish、Whatcom）**  
20311 52<sup>ND</sup> Ave W Ste 302  
Lynnwood, WA 98036-3901  
免费电话：1-800-788-2053

**区域3总部（服务区县：Clallam、Clark、Cowlitz、Grays Harbor、Jefferson、Kitsap、Lewis、Mason、Pacific、Pierce、Skamania、Thurston、Wahkiakum）**  
1305 Tacoma Ave S Ste 300  
Tacoma, WA 98402-1903  
免费电话：1-800-248-0949

有关DDA资格的详情，请浏览<https://www.dshs.wa.gov/dda/consumers-and-families/eligibility>。